

## Tjekliste til gennemgang af dokumentationen i patientens journal - SYGEPLEJEN

Gældende for sygeplejersker ansat i Center Pleje og Omsorg.

Medicinoverblik		Sæt X	
Den faggruppe der varetager dispenseringen, er ansvarlig for punkterne i Medicinoverblik		Ja	Ej aktuelt
Aktuelle ordinationer	Er FMK opdateret og ajourført?		
PN-medicin	Er effekt af udleveret PN-medicin vurderet? Er ordinationerne stadig relevante?		
Pauseret medicin	Er der en plan herfor og skal det forblive pauseret?		
CAVE	Er skemaet CAVE oprettet ved patienter med CAVE?		
Apotek	Er det registreret hvilket apotek, medicin skal bestilles på?		
Skemaet Medicininformation	Er skemaet oprettet og ajourført?		
Fælles Stamkort	Er Fællesstamkort tilknyttet?		

Helhedsvurdering			
Hverdagstriage		Ja	Ej aktuelt
Hverdagstriage	Er hverdagstriage opdateret?		
Helbredsoplysninger		Ja	Ej aktuelt
Helbredsoplysninger	Er der dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> <li>Om patienten har givet generelt samtykke til deling af data? <ul style="list-style-type: none"> <li>Hvis patienten vurderes til <b>ikke</b> at kunne varetage egne sygdomsmæssige interesser, dokumenteres dette samt hvem der kan give stedfortrædende samtykke til deling af data samt informeret samtykke ifm. opstart af – eller ændringer i igangværende behandling?</li> </ul> </li> <li>Patientens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps listet op i punktform?</li> </ul>		
Generelle oplysninger		Ja	Ej aktuelt
Generelle oplysninger	Er øvrige oplysninger udfyldt og relevante?		
Kommunale sygeplejetilstande - Fortsætter på næste side		Ja	Ej aktuelt
Er der lavet Sygeplejefaglig udredning?	Er alle 12 sygeplejefaglige problemområder (23 tilstande) vurderet jf. nedenstående muligheder? Hvis alle borgers aktuelle – og potentielle sygdomme og handicaps ikke er dokumenteret, skal du sikre, at der er planlagt SFU. <b>Aktive tilstande:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Feltet Tilstandsområde</b> – dokumenter på et af de 12 sygeplejefaglige områdeniveauer: <ul style="list-style-type: none"> <li>I Tilstandsområde dokumenteres risici. <ul style="list-style-type: none"> <li>Risici er borger ikke i medicinsk behandling for.</li> <li>Risici er der ikke oprettet en indsats på.</li> </ul> </li> <li>Her i dokumenteres viden, kort og konkret, indenfor problemområdet, som er need-to-know for patientsikkerheden og din kollega, fx: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tendens til UVI, bliver konfus og dørsøgende</li> <li>Er tidligere blevet delirøs ifm. for lidt søvn flere nætter i træk</li> </ul> </li> <li><b>OBS:</b> Når der kun dokumenteres i Tilstandsområdet, kan tilstanden desværre ikke gemmes, uden at der også skrives noget i Tilstandsbeskrivelsen. Det er derfor besluttet, at der blot skal sættes et punktum i Tilstandsbeskrivelsen, hvis der ikke skal dokumenteres andet der i.</li> </ul> </li> <li><b>Feltet Tilstandsbeskrivelse</b> – Dokumenter i den enkelte tilstand: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentationen her i skal afspejle alle indikationerne for ordinationerne af borgers medicin – <i>uanset om der skal oprettes en indsats eller ej.</i> Her dokumenteres også øvrige problematikker, der <b>ikke</b> er ordineret medicin mod og hvor der <b>er oprettet</b> en indsats på, fx Sårbehandling, Øreskyl osv.</li> <li>Hvis fx pårørende varetager indsatsen ifm. et aktuelt problem, der ikke gives medicin for eller oprettes en indsats på, (fx sårbehandling, på- og aftagning af</li> </ul> </li> </ul>		

Er der lavet Sygeplejefaglig udredning?	behandlerstrømper osv.), skal den relevante Kommunale sygeplejetilstand udredes og beskrives på tilstandsniveau. <b>Inaktive tilstande:</b> anvendes når patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ikke har noget aktuelt eller potentielt ifm. tilstanden</li> <li>Ikke længere modtager SUL indsatser fra Rebild Kommune</li> <li>Flytter til anden kommune</li> <li>Dør</li> </ul>		
Kommunale sygeplejetilstande – generelt	Er aktive sygeplejetilstande stadig relevante ift. patientens aktuelle og potentielle sygdomme og handicaps? Er dokumentationen i nedenstående punkter opdateret og aktuel? <ul style="list-style-type: none"> <li>SYGEPLEJEN</li> <li>PROBLEM</li> <li>ÅRSAG</li> <li>SYMPTOMER/KENDETEGN</li> <li>HISTORIK</li> <li>BEHANDLINGSANSVARLIG LÆGE <ul style="list-style-type: none"> <li>Hvem er behandlingsansvarlig læge?</li> <li>Hvad er frekvensen af kontrollerne?</li> <li>Hvem gør hvad ifm. kontrollerne?</li> <li>Hvem behandler prøvesvar</li> </ul> </li> <li>INFORMERET SAMTYKKE</li> </ul>		
<b>Dokumentation ifm. SUL indsatser</b>		<b>Ja</b>	<b>Ej aktuelt</b>
SUL-indsatser	Er de relevante ift. patientens aktuelle behov?		
Opret Indsatsmål	Er der oprettet indsatsmål <b>på midlertidige – og rehabiliterende indsatser?</b> Er målet oprettet i samarbejde med patienten og ud fra SMARTE-modellen?		
Opret Handlings-anvisning	Er følgende dokumenteret i punktform og opdateret? <ul style="list-style-type: none"> <li>Borgers indsats</li> <li>Medarbejderes indsats</li> <li>Særlig opmærksomhed</li> </ul>		
Målinger	Er aktuelle målinger aktive? Er ikke-aktuelle målinger inaktive?		
Myndigheds-opfølgning	Er der oprettet opgave til myndighedsopfølgning på tilstandene? Opgaven oprettes på borgers næste fødselsdag.		
Observationer	Er der handlet på observationer? Fremgår det af den sidst lavede observation, at ”problemet er løst” eller blevet borgers aktuelle tilstand?		
<b>Øvrig dokumentation</b>		<b>Ja</b>	<b>Ej aktuelt</b>
Fravalg af livsforlængende behandling	Har patienten taget stilling til ønske om genoplivning ved hjertestop? Hvis ja, er der lægelig bekræftelse med henvisning til korrespondance?		
Livets afslutning	Er den naturlige samtale åbnet sammen med patienten? Er patientens ønsker til livets afslutning dokumenteret i skemaet ”Livets afslutning”?		
APV	Er der lavet APV?		
<b>Dokumentationspraksis</b>		<b>Ja</b>	<b>Ej aktuelt</b>
Dokumentation generelt	Afspejler indikationerne på medicinordinationerne sig i tilstandene? Følger dokumentationen i patientens journal Kommunes dokumentationspraksis? Se evt. Max Test <b>KUN SE</b> Berggren i Nexus eller ”Dokumentation i sygeplejetilstande” på hjemmesiden.		

Patientens navn: \_\_\_\_\_

Dato for gennemgang: \_\_\_\_\_

Tjeklisten er gennemgået af: \_\_\_\_\_